

＜取扱注意事項＞

※補助金の支払いは、原則：銀行振込となります。支給までに2～3ヶ月かかる場合がございます。

【R7年度】インフルエンザ 予防接種補助金交付申請書(12歳以下拡充)

全国建設工事業国民健康保険組合 新潟県支部長 殿



以下の通りインフルエンザの予防接種を受けたので、領収書(写し)を添えて申請します。

事業所名			
被保険者証 記号番号		申請組合員氏名	
9	3	-	1 5
申請組合員住所		新潟県	
日中の連絡先電話番号		( ) -	
		申請日	
		令和 年 月 日	

接種者氏名	生年月日	年齢	組合員 家族別	支払額	申請額 2,500円限度(又は 5,000円限度)	補助金決定額 (記入不要)
S H R	年 月 日		組・家	円	円	
S H R	年 月 日		組・家	円	円	
S H R	年 月 日		組・家	円	円	
S H R	年 月 日		組・家	円	円	
S H R	年 月 日		組・家	円	円	
補助金合計額						

必ずご記入下さい

1. 以下の口座に振り込み願います。

振込先 金融機関  (申請組合員の口座を 記載してください)	金融機関コード		支店コード	
	銀行名			
	銀行・信用金庫・( )		本店・支店・( )	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	右づめでご記入ください
フリガナ				
口座名義				

【補助金の概要】

- 1. 対象者 全国建設工事業国民健康保険組合の被保険者
- 2. 補助額 1人あたり上限 2,500円

(2023年より拡充) ※ (12歳以下の方が2回接種した場合は、5,000円限度に実費補助)

- 3. 申請回数 年度内に1回まで ※世帯ごとにまとめて申請
- 4. 申請開始日 令和7年10月1日より受付開始(令和8年3月まで)



\* 詳しくは建設国保ホームページをご覧ください。( <https://www.kensetsukokuho.or.jp/> ) \*

～ ご不明な点等がございましたら、下記にお問い合わせください ～

新潟県支部 TEL:0258-34-0231 FAX:0258-36-8681